Army Medical Library

Über das tuberöse Hautsyphilid.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 15. August 1895

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Franz Schübel

prakt. Arzt

aus Miedar (Oberschlesien).

OPPONENTEN:

Hr. Cand. med. Kuhn.

- Stud. med. Koschel.

- Stud. med. Busch.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seiner teuren Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153504_0001

Jeder, der sich eingehender mit dem Studium der Syphilis befasst und seine Beobachtungen an verschiedensten Kranken gemacht hat, wird wohl zu der Einsicht gelangen, dass die Syphilis keineswegs immer so gleichmässig verläuft, wie dies in Lehrbüchern vielfach geschildert wird. Er wird immer wieder auf Erscheinungen stossen, die von dem normalen Gange der Infection, wie wir ihn gewissermassen schon als Postulat zu betrachten gewöhnt sind und wie er uns unter den Bezeichnungen „secundär" und „tertiär" in Lehrbüchern vor Augen geführt wird, recht beträchtlich abweichen. Gegenüber der verbreiteten Annahme, dass eine gewisse Regelmässigkeit der Erscheinungen die feste Richtschnur bilde, insofern als sich das eine Symptom immer erst aus dem vorhergehenden entwickeln soll, kommt es vielmehr alltäglich vor, dass Symptome übersprungen werden und die Erscheinungen in wechselnder Form und Zeitfolge auftreten. Ja es fehlen sogar in der Kette der auf einander folgenden Merkmale öfter manche Glieder nicht nur gänzlich, sondern sie erhalten oft auch ein so verändertes Aussehen, dass sie leicht mit anderen Krankheitssymptomen verwechselt werden können. Aus allen diesen Gründen

gehört häufig viel Übung und Erfahrung zum Stellen einer richtigen Diagnose, und es kann nicht geleugnet werden, dass die Krankheit gerade in dieser Hinsicht ein hohes Interesse bietet. Ist doch die Syphilis neben der Tuberculose fast die einzige Krankheit, von der sich sagen lässt, dass sie alle Organe des Körpers befallen kann, die Haut, die Fascien, die Gelenke, das Periost, die Knochen, Knorpel, Muskeln, Gefässe, kurz alle Gewebe und Gewebssysteme. Immerhin ist es vorzugsweise die allgemeine Körperdecke, auf welcher die Symptome der Syphilis zu tage treten. Und von den Erscheinungen der Körperdecke ist es vornehmlich das tuberöse Hautsyphilid, welches von dem gewöhnlichen Entwickelungsgange der Infection abzuweichen pflegt. Deshalb mag es angezeigt erscheinen, näher auf das tuberöse Hautsyphilid einzugehen und einige Betrachtungen über dasselbe anzustellen.

Der Ausgangspunkt des tuberösen Hautsyphilides ist die Papel. Dieselbe hat die Tendenz, in einzelnen Gruppen aufzutreten. In der Regel lässt sich dann das Fortschreiten der Eruption von einzelnen Punkten aus verfolgen. An den ältesten Stellen finden sich häufig schon resorbierte Efflorescenzen, während in centrifugaler Anordnung nach einer oder mehreren Richtungen sich jüngere und jüngste Eruptionen anschliessen. Manchmal confluieren die einzelnen Papeln zu einem Walle und es bilden sich so ringförmige oder halbkreisförmige Efflorescenzen mit vernarbten Centren oder durch Verschmelzung mehrerer solcher Ringe grössere, aus einzelnen Bogensegmenten gebildete nach

der einen Richtung fortschreitende, hinter sich Narben zurücklassende, schmale Infiltrationswälle, die im übrigen die Eigenschaften der einzelnen Papeln zeigen. Infolge des serpiginösen Weiterschreitens entstehen oft flachhandgrosse und grössere, gelegentlich eine ganze Extremität, den ganzen Rücken einnehmende Herde, deren aus lauter Bogenlinien gebildeter Saum sich nach der normalen Haut zu verschiebt, hinter sich vernarbte Haut zurücklassend.

Bei den meisten syphilitischen Infectionen gewährt die Vorgeschichte so wichtige Anhaltspunkte, dass Viele, ganz abgesehen von den momentanen Merkmalen, schon aus der Anamnese allein die Infection zu diagnosticieren und in ihrem jeweiligen Stadium zu erkennen vermögen. Es ist dies auch ganz natürlich, pflegen ja die syphilitischen Symptome im allgemeinen wenigstens bezüglich der Reihenfolge ihres Auftretens eine gewisse Ordnung einzuhalten in dem Sinne namentlich, dass gewisse Gruppen derselben gleich zu Beginn der Allgemeinerkrankung in einer bestimmten regelmässigen Folge sich entwickeln, andere, wenn auch weniger regelmässig, erst später auftreten. So folgen als Erscheinungen des Frühstadiums bekanntlich auf den Primäraffect die regionär fortschreitende Polyodenitis, die Exanthembildung, oberflächliche Schleimhautaffectionen der Mundhöhle, Gelenkschmerzen, welche mit Fieber verbunden sein können; als weitere Erscheinungen Papeln mit Neigung zu oberflächlichem Zerfall, Symptome genereller Schwächung, Schlafsucht, Mattigkeit, Appetitlosigkeit,

allgemeines Unbehagen, nervöse Depression, leichte Erregbarkeit, subfebrile Temperaturschwankungen, Milzschwellungen, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen und Haarausfall. Obgleich also, wie schon gesagt, von diesen eben aufgezählten Symptomen nicht alle in jedem einzelnen Falle zum Vorschein zu kommen brauchen, so pflegen doch wenigstens die Symptome des Anfangsstadiums in eben erwähnter Reihenfolge sich bemerkbar zu machen. Sehr auffallen muss es daher, wenn die Anamnese bei Personen, die mit tuberösen Hautsyphiliden behaftet sind, meist weniger ergiebig ist, ja manchmal sogar ein völlig negatives Resultat ergiebt. Ich will zum Beweise dieser Behauptung die Anamnesen von allen tuberösen Hautsyphiliden mitteilen, welche in der Zeit vom ersten August bis zum ersten October des Jahres 1893 in der Klinik des Herrn Prof. Dr. Lassar in Behandlung waren, und welche derselbe mir gütigst zur Veröffentlichung und Bearbeitung meines Themas überlassen hat.

I. Fall.

Ein 61jähriger Restaurateur.

Status: Pigmentierte Narben auf beiden Unterschenkeln und dem rechten Oberschenkel; eben daselbst ungefähr fünfmarkstückgrosse Gruppen kleiner Knötchen sowie braunrote Kreise mit atrophierten helleren Centren. In der Leistengegend haselnussgrosse Anschwellungen der Leistendrüsen.

Anamnese: Man eruiert, dass Patient drei Mal an

Gonorrhoe erkrankt ist, dass seine Frau zwei Mal abortiert und darauf drei gesunde Kinder geboren hat, welche heut noch leben. Sein jetziger Ausschlag besteht angeblich seit vier Jahren. Jede weitere Anamnese fehlt. Zu bemerken ist noch, dass er zur Behandlung des Gelenkrheumatismus, an welchem er seit langer Zeit leidet, mehrere Schwitzkuren durchgemacht hat.

II. Fall.

Ein 56jähriger Schmiedemeister.

Status: Auf der Stirn und Haargrenze mehrere zehnpfennigstückgrosse, abgeplattete, derbe Hautinfiltrate von rotbrauner Farbe, welche das normale Hautniveau um ungefähr zwei Millimeter überragen und an der Peripherie die Tendenz zum serpigniösen Weiterschreiten besitzen. An der Glans penis befindet sich eine weisse Narbe.

Anamnese: Die Infection hat angeblich in seinem 21. Lebensjahre stattgefunden. Erst vier Jahre später bekam er seiner Aussage nach an der inneren Fläche des rechten Unterschenkels eitrige Geschwüre, welche nach acht Flaschen Jodkali vollständig verschwanden. Der jetzige Ausschlag besteht seit einigen Wochen. Die ganze übrige Zeit will er frei von Ausschlägen gewesen sein. Seine Frau hat einmal unrichtige Wochen gehabt und ist vierzehn Mal von lebenden Kindern entbunden worden. Vier derselben leben noch heute und sind gesund. Die übrigen sind meist in frühester Kindheit gestorben. Patient selbst befindet sich sonst ganz wohl. Er will nie Drüsenan-

schwellungen, Schleimhautaffectionen, Kopfschmerzen oder andere Exantheme als die oben erwähnten an sich wahrgenommen haben.

III. Fall.

Ein 27jähriger Schlosser, unverheiratet.

Status: Schuppensyphilid auf Stamm und Extremitäten in Form von isolierten Placques und grössere bis handtellergrosse Efflorescenzen, deren äusserer Infiltrationsrand aus einzelnen Bogensegmenten besteht, welche nierenförmige Gestalt angenommen haben und nach der normalen Haut zu vorschreiten, während sie hinter sich vernarbtes Gewebe zurücklassen. Auf dem Unterschenkel rechts und Ellbogen links Rupia.

Am Präputium penis eine weisse Narbe.

Anamnese: Patient giebt eine Infection vor 7 Jahren zu. Er hatte damals den Primäraffect bemerkt und bald darauf einen Ausschlag bekommen. Nach 40 Einspritzungen mit Sublimat sei der Ausschlag gänzlich zurückgegangen, aber vor wenigen Wochen wieder in seiner jetzigen Gestalt aufgetreten. In der Zwischenzeit und auch vorher habe er sich immer wohl gefühlt und keinerlei andere Symptome oder Beschwerden wahrgenommen.

IV. Fall.

Ein 40jähriger Restaurateur.

Status: In der Umgebung des Mundes, im Schnurrbart und Backenbart Gruppen linsengrosser,

derber, die Haut überragender, rotbrauner Knötchen mit glänzender Oberfläche und gerötetem Hofe. Drüsenschwellung in der Leistengegend. Eine weisse Narbe an der Glans penis.

Anamnese: Primäraffect im Jahre 1885. Gleich im ersten Jahre der Infection Auftreten von Exanthemen, Schleimhautaffectionen und Drüsenschwellungen. Er hat mehrere antiluetische Kuren durchgemacht; der Ausschlag soll erst in den beiden letzten Jahren seine jetzige Gestalt angenommen haben. Die Kinder sind gesund, seine Frau hat nie abortiert.

V. Fall.

Ein 36jähriger Kaufmann.

Status: Hinter dem linken Ohre eine länglich-ovale, flachhandgrosse, rötlichbraune und sich derb anfühlende Schwellung der Haut, an deren Peripherie wallartige Höcker und Borken sehr in die Augen springen. Ausserdem am Körper verschiedene Roseolaflecke.

Anamnese: Patient will vor 12 Jahren einen weichen Schanker acquiriert haben. In demselben Jahre bekam er angeblich einen disseminierten Ausschlag am ganzen Körper, welcher seitdem nie ganz verschwunden ist. Nur einmal habe er Halsdrüsenanschwellung bekommen und an Heiserkeit gelitten, Symptome, die beim Gebrauch einer Salbe, welche ihm von einem Arzt verschrieben wurde, deren Namen er aber nicht näher anzugeben weiss, verschwanden. Damals sollen auch Sternum und Clavicula auf Druck

schmerzhaft gewesen sein. Eine antiluetische Kur habe er noch nie durchgemacht. Frau und Kinder sind gesund.

VI. Fall.

Eine 32jährige Arbeiterin, unverheiratet.

Status: Links am Stirnbein und der Schläfe sowie am Ellbogen und Schulter grössere und kleinere Complexe knötchenartiger Efflorescenzen, von denen die mehr in der Mitte stehenden teilweise resorbiert sind, während in centrifugaler Ausbreitung sich in fächerförmiger Anordnung jüngere und jüngste Eruptionen befinden.

Sonst ist objectiv nichts nachzuweisen.

Anamnese: Patientin will den Ausschlag vor vier Monaten bekommen haben. Sie klagt augenblicklich nur über Kopfschmerzen. Die übrige Anamnese fehlt vollständig. Nach 30 Quecksilberpillen vollständiges Verschwinden der Kopfschmerzen und des tuberösen Exanthemes.

VII. Fall.

Die 44jährige Frau eines Pferdebahnbeamten.

Status: Auf dem Rücken mehrere fünfmarkstückgrosse und noch grössere Hautstrecken einnehmende, braunpigmentierte Placques, die nach aussen hin von convexen Bogenlinien begrenzt werden. Auf der rechten Stirnseite ein handtellergrosser, kupferbrauner derbinfiltrierter Herd der Haut, welcher am Rande borkenartige Bildungen und im Centrum narbiges Gewebe zeigt.

Objectiv nichts anderes mehr nachzuweisen.

Anamnese: Patientin will vor vielen Jahren einige Wochen lang an einer Halsaffection gelitten haben. Der jetzige Ausschlag besteht seit fünf Monaten. Früher habe sie nie einen Ausschlag bemerkt. Kopfschmerzen seien einige Zeit vor dem Ausbruche des jetzigen Exanthemes bei ihr aufgetreten, nach dem Ausbruche desselben jedoch verschwunden. Sie befand sich damals ihrer Aussage nach sehr matt und angegriffen. Ist seit zwölf Jahren kinderlos verheiratet und überhaupt nie schwanger gewesen. Nach zehn Flaschen Jodkalium fast vollständiges Abheilen des tuberösen Hautsyphilides.

VIII. Fall.

Eine 55jährige verwitwete Arbeitersfrau.

Status: Um die Lippen circulär entstandene, grössere Gruppen in Zerfall begriffener Knötchen, die geringe Krustenbildung zeigen, sowie einige kreisrunde Efflorescenzen, an deren Rande eine durch Epidermisschüppchen gebildete erhabene Begrenzungslinie wahrzunehmen ist. Ausser einem Ulcus varicosum des rechten Beines ist objectiv an der Patientin nichts anderes nachzuweisen.

Anamnese: Patientin sagt aus, dass der Ausschlag in seiner jetzigen Form vor ungefähr 6 Wochen unter Fiebererschcinungen, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Mattigkeit aufgetreten sei, dass rote Flecke mit kleinen Bläschen entstanden wären, auf welchen sich dann ein Schorf bildete, dass zu gleicher Zeit die Zunge und die Schleimhäute der Mundhöhle wund und weisse

Flecke daselbst deutlich sichtbar wurden und dass sie vorher nie an einem Ausschlage, nie an Drüsenschwellungen, Kopfschmerzen oder anderen Erscheinungen gelitten und noch nie einen Arzt befragt habe. Nach 20 Quecksilberpillen waren das Fieber und die Kopfschmerzen verschwunden. Patientin hat vier gesunde Kinder geboren, welche leben, und dazwischen drei Mal unrichtige Wochen gehabt.

IX. Fall.

Ein 30jähriger Kaufmann.

Status: An der inneren Seite des rechten Unterschenkels ein handtellergrosses, in der Mitte in Ulceration befindliches Hautinfiltrat, bei welchem die Grenze durch einen geröteten, erhabenen Wall gebildet wird, der infolge seiner halbkreisförmigen Bogenlinien die Gestalt von Hufeisenformen angenommen hat. Sonst objectiv nichts nachzuweisen.

Anamnese: Das Geschwür soll vor $2^1/_2$ Jahren als kleiner roter Fleck seinen Anfang genommen haben. Weiter geht aus der Anamnese hervor, dass Patient vor sieben Jahren ein Ulcus molle acquirierte, wobei die Boubonen geschnitten wurden, dass er in demselben Jahre am ganzen Körper einen Ausschlag bekam und eine unvollständige antiluetische Kur durchmachte, bestehend aus 12 gr Ungt. cinereum und 5 Sublimatspritzen. Die Frau ist vor 5 Jahren von einem totfaulen Kinde entbunden worden und seitdem nicht wieder schwanger gewesen. Andere specifische Erscheinungen konnten nicht eruiert werden.

X. Fall.

Eine 38jährige Schlächterfrau.

Status: Eine von Höckern begrenzte, das Niveau der normalen Haut erheblich überragende, dunkelrote Stelle der Haut, die ganze linke Seitenfläche des Halses und Nackens einnehmend und sich bis auf die Schultern hin erstreckend. Ausserdem zwei symmetrisch gelegene, handbreitgrosse, braunrot verfärbte Stellen zu beiden Seiten der Hüften mit kreisförmiger Peripherie und ähnlichen Höckern.

Anamnese: Nach Aussage der Frau begann das Syphilid am Halse vor fünf Jahren mit einer kleinen, roten Verfärbung der Haut. Dieselbe nahm allmählich an Ausdehnung immer mehr zu und erreichte innerhalb von drei Jahren die Grösse eines Handtellers. Zu dieser Zeit begab sich die Patientin in die Behandlung eines Arztes, welcher ihr Arsentropfen verschrieb, die jedoch dem Wachstum des Ausschlages keinen Einhalt boten. Indessen sollen nach diesen Tropfen die ersten Borken aufgetreten sein. Dieselben sahen anfänglich weiss aus und verleiteten sie zu dem Irrtum, dass die Affection in Abheilung begriffen sei. Nach weiteren zwei Jahren begiebt sie sich in die Klinik des Herrn Prof. Lassar, wo ihre specifische Behaftung erkannt wird, und eine antiluetische Kur das Syphilid nach kurzer Zeit zum Verschwinden bringt. Die beiden anderen symmetrischen Stellen an den Hüften sollen sich unter denselben Erscheinungen entwickelt haben und sind ebenfalls bei specifischer Behandlung gewichen. Die Frau ist

seit fünf Jahren verheiratet und hat zweimal unrichtige Wochen gehabt. Als ihre einzigen Beschwerden die ganze Zeit hindurch nennt sie häufiger auftretende Kopfschmerzen. Die Fragen nach weiteren belastenden Anzeichen werden auf das Entschiedenste verneint.

XI. Fall.

Eine 39jährige Handwerkersfrau.

Status: Auf der rechten Nasenwand drei kleine Knötchen auf gerötetem Grunde, die einen geschwürigen Zerfall in ihren centralen Teilen zeigen. Andere objective Merkmale sind nicht vorhanden.

Anamnese: Patientin hat mit 21 Jahren unehelich geboren. Das Kind, welches in Pflege gegeben wurde, starb nach sechs Wochen. Obgleich sie seither noch zweimal verheiratet war, ist sie nicht wieder schwanger gewesen. Sie leidet seit ungefähr neun Jahren an Kopfschmerzen. Das tuberöse Hautsyphilid besteht angeblich zwei Monate. Jede weitere Anamnese fehlt. Nach zwei Flaschen Jodkalium bedeutende Abnahme der Kopfschmerzen und Kleinerwerden des tuberösen Syphilides.

XII. Fall.

Eine 23jährige Hausdienerfrau.

Status: An Armen und Beinen mehrere fünfmarkstückgrosse braunrote Efflorescenzen mit centraler Vernarbung und peripherischem Fortschreiten. Die Ränder sind wallartig hervorgewölbt und stellenweise von normaler Haut unterbrochen.

Anamnese: Patientin sagt aus, dass sie von Kindheit an viel krank gewesen sei, dass sie viel an Kopfschmerzen gelitten habe und noch daran leide, dass sie öfters von Halsschmerzen und Schlingbeschwerden befallen werde. In letzter Zeit verspüre sie Schmerzen im Ellbogengelenk und bei Druck vorn auf den Rippen. Sie leide auch an Schlafsucht, Mattigkeit und Vergesslichkeit. Ist seit zwei Jahren verheiratet, hat vor neun Monaten abortiert und sonst nie concipiert. Ihr jetziger Ausschlag bestehe seit einem Jahre. Früher will sie nie an Ausschlägen oder Drüsenschwellungen gelitten haben. Anamnestisch lässt sich nichts weiteres ermitteln.

XIII. Fall.

Ein 31jähriger Kellner.

Status: An beiden Unterarmen auf der Beugeseite je ein handtellergrosses, derbes Infiltrat der Haut von braunroter Färbung. Die Haut in der Mitte zeigt eine narbige Atrophie, während sich am Rande Höcker befinden, die sich auf ihrer Unterlage deutlich emporheben.

In der Leistengegend haselnussgrosse Drüsenschwellungen. Eine weisse Narbe am Sulcus coronarius.

Anamnese: Infection und Primäraffect vor fünf Jahren. Patient hat bis jetzt im ganzen drei Injections- und zwei Schmierkuren durchgemacht, ist öfters von Ausschlägen befallen worden. Erst in diesem Jahre hat sich die jetzige Form herausgebildet. Schleim-

hautaffectionen sind wiederholt aufgetreten, nie Drüsenschwellungen im Nacken. Ist seit drei Jahren verheiratet. Frau nie schwanger gewesen.

XIV. Fall.

Eine 60jährige verwitwete Handwerkersfrau.

Status: Auf der Planta pedis links mehrere, ungefähr linsengrosse Indurationen der Haut von rundlicher Form. Dieselben überragen die Haut nicht und sind mit je einer weissen Schuppe bedeckt.

Anamnese: Der Ausschlag, anfangs wie kleine Graupenkörner aussehend, besteht schon seit 12 Jahren. Patientin ist vielfach in Behandlung gewesen. Verordnet wurden Potasche-Bäder, Bäder mit Weizenkleie, Bleiwasserumschläge, Borsalbe und andere Salben, doch alles ohne Erfolg. Sie besitzt fünf lebende Kinder, hat nie abortiert, fühlt sich ganz wohl und ist ausser dem Ausschlage an dieser Stelle ohne specifische Anzeichen geblieben. Nach zwei Flaschen Jodkalium ist der Hautausschlag in Heilung begriffen.

XV. Fall.

Eine 35jährige Stationsbeamtenfrau.

Status: An dem linken Unterarm auf der Beugeseite sowie rechtem Knie und rechter Schulter handtellergrosse Herde dichtgestellter, blassroter, runder Hautpartieen. Die einzelnen Herde bilden peripherisch fortschreitende Wucherungen. Objectiv nichts anderes nachzuweisen.

Anamnese: Nach Aussage der Frau trat vor einem Jahre die erste Gruppe dichtgestellter, rötlicher Erhabenheiten an der Beugeseite des linken Unterarmes auf. Hautausschläge haben vorher nicht stattgefunden. Die einzelnen Efflorescenzen sahen wie rote Pünktchen aus und waren mit einem Häutchen überzogen. Sie blassten allmählich ohne jede Therapie ab und nahmen das jetzige Gepräge an. Ebenso traten später auch an den anderen obengenannten Stellen ähnliche Gruppen auf. Von weiteren Erscheinungen, die sich auf eine syphilitische Infection zurückführen liessen, sind aus der Anamnese zu erwähnen: Starkes Reissen vor mehreren Jahren in den Händen und Füssen, sodass selbige gebrauchsunfähig waren, das Auftreten eines Zahngeschwüres und eine kurze Heiserkeit ebenfalls vor mehreren Jahren. Drüsenanschwellungen sollen nie aufgetreten sein. Sie ist seit 18 Jahren verheiratet und sieben Mal schwanger gewesen. Das erste, fünfte und siebente Mal hat sie abortiert. Die übrigen vier Kinder leben und sind gesund. In Behandlung ist sie noch nicht gewesen. Zu bemerken wäre noch, dass sich ihr Mann vor 20 Jahren inficiert und eine antiluetische Kur durchgemacht hat.

XVI. Fall.

Eine 57jährige Tischlerfrau.

Status: Auf dem linken Stirnbeine teils weisse, teils hyperämische Narben von dunkelbraunem Hofe umgeben. Drüsenanschwellungen im Nacken.

Anamnese: Patientin giebt an, dass der jetzige Ausschlag schon zwei Jahre lang bestehe und dass sie schon ärztliche Hülfe in Anspruch genommen habe. Es sei ihr eine Zinksalbe verschrieben worden. Frühere Ausschläge oder Schleimhautaffectionen leugnet sie gehabt zu haben, dagegen leide sie seit sechs Jahren an Kopfschmerzen. Sie ist von neun lebenden Kindern entbunden worden, welche alle im Zeitraum von vier Wochen bis drei Jahren nach ihrer Geburt starben und hat dazwischen fünf Mal abortiert. Ihr erster Mann ist angeblich an Wassersucht gestorben. Ihr jetziger, mit dem sie seit zehn Jahren steril verheiratet ist, macht augenblicklich eine Innunctionskur durch. Die Zeit der Infection lässt sich nicht ermitteln.

XVII. Fall.

Eine 27jährige Glasermeisterfrau.

Status: In der Mitte des rechten Unterarmes zwei Kreise blassroter, runder, nur wenig erhabener Hautindurationen, die sich mit ihrer Peripherie berühren.

Objectiv keine anderen Merkmale.

Anamnese: Patientin hat sieben Mal geboren. Das erste, dritte und siebente Kind leben, die übrigen Kinder erreichten das Alter von zwei bis sechs Jahren. Sie klagt in der letzten Zeit über Kopfreissen, welches sich vom Hinterhaupte nach der Schläfe, der Stirn und der Gegend der Augen hinziehe. Vor drei Jahren hatte sie auch einmal sehr starkes Kopfreissen und besuchte deshalb eine Nerven-

klinik, wo ihr Jodkalium verschrieben wurde; die Kopfschmerzen verschwanden darnach. Sie ist seit einem Jahr nervös aufgeregt und über alles leicht empört. Ihr Ausschlag besteht angeblich erst wenige Wochen. Von einer Infection und von früheren Ausschlägen oder Drüsenschwellungen will sie immer frei gewesen sein. Auch hier schnelle Abheilung und Besserung nach eingeleiteter specifischer Behandlung.

Nehmen wir nun die Anamnesen der soeben angeführten Fälle etwas genauer in Augenschein und lenken wir unseren Blick zunächst namentlich auf die wichtigsten Symptome, wie sie im Frühstadium auftreten, den Primäraffect, die Drüsenanschwellungen, die disseminierten Exantheme, die Schleimhautaffectionen und von den Erscheinungen des Spätstadiums auf die Zeichen der Periostitis, die Kopfschmerzen, so muss es auffallen, dass die Anamnesen uns nur Weniges darüber mitteilen. Von den siebzehn Fällen waren nur bei ungefähr einem Drittel Ausschläge oder Drüsenschwellungen, bei einem Viertel Schleimhautaffectionen oder Primäraffecte zu verzeichnen, zehn Mal dagegen sind Kopfschmerzen und drei Mal andere Zeichen der Periostitis angegeben worden. Bei fünf Fällen fehlten fast alle üblichen Erscheinungen, bei einigen anderen waren wieder mehr vorhanden.

Fragen wir uns nun nach der Ursache dieser Beobachtung, so kann man doch wohl kaum in allen diesen Fällen annehmen, dass die Patienten wissent-

lich falsche Angaben gemacht haben, wenn es auch nicht geleugnet werden darf, dass dies manchmal vorkommt. Ebenso darf man nicht mutmassen, dass in allen diesen Fällen die Patienten so unachtsam und gleichgültig gegen etwaige aufgetretene Symptome gewesen wären, dass sie dieselben nicht bemerkt hätten. Richtig ist es ja, dass bei dem manchmal erst so späten Auftreten des tuberösen Hautsyphilides nach stattgefundener Infection der Patient sich nicht mehr so genau an die verschiedenen Erscheinungen an seinem Körper erinnern mag; so auffällige Erscheinungen jedoch wie Drüsenschwellungen, Schleimhautaffectionen, Exantheme, Symptome der Periostitis und andere Merkmale ganz zu vergessen, erscheint doch höchst unwahrscheinlich. Macht sich doch die Stelle des früheren Primäraffectes meist auch noch nach vielen Jahren an einer weissen Narbe für die objective Untersuchung bemerkbar. Letztere war aber trotz genauester Nachforschung nur bei vier Fällen nachzuweisen.

Wir stehen also somit vor der Thatsache, dass dem tuberösen Hautsyphilid öfters ein atypischer Verlauf der Infectionskrankheit vorhergehen kann. Es erscheint ganz plötzlich und unerwartet aus dem regelmässigen Zusammenhange der specifischen Erscheinungen herausgerissen und steht so ganz unvermittelt und allein da, bald befindet es sich in etwas engerem Anschluss an andere Glieder in der Reihe der Symptome. Es tritt auf bei Fällen, die behandelt worden oder die nicht behandelt worden

sind, wo die Syphilis vorhergehende Erscheinungen verursachte oder wo dies nicht stattfand.

Das tuberöse Hautsyphilid reagiert besonders günstig auf die Behandlung, sei es, dass die Lues durch eine specifische Kur, wie dies in acht Fällen stattfand, schon eine Abschwächung erlitten hat, oder dass die Intensität des Giftes durch schweisstreibende Kuren vermindert wurde, wie bei dem ersterwähnten Falle; immer erfolgte eine schnelle Abheilung desselben. Aber auch bei den nicht behandelten tuberösen Hautsyphiliden scheint nur eine geringe Widerstandsfähigkeit der Syphilis vorhanden zu sein. Oft genügten, wie aus den Anamnesen hervorgeht, nur wenige Gramm Jodkalium, eine ganz geringe Anzahl von Sublimatinjectionen oder 20—30 Quecksilberpillen, um die Beschwerden zu heben und das tuberöse Syphilid verschwinden zu lassen.

Das tuberöse Hautsyphilid tritt längere Zeit nach der Infection auf. Von den sieben Fällen, bei denen wir den Zeitpunkt der Infection kennen, traten die tuberösen Hautsyphilide frühestens nach fünf Jahren, meist jedoch später, das eine Mal sogar im Fall II erst nach 35 Jahren nach stattgefundener Infection auf. Bei den übrigen zehn Fällen aber, bei denen die Zeit der Ansteckung nicht genau zu ermitteln war, lässt sich wohl jedenfalls soviel mit einiger Sicherheit schliessen, dass die Infection schon mehrere Jahre voraus liegen musste. Es befanden sich die Patienten ja auch schon in einem Alter, in welchem frische Syphilis zu den Seltenheiten gehört.

Weiter geht hervor, dass die tuberösen Hautsyphilide dem Träger meist gar keine Beschwerden verursachen; daher kommt es, dass sie oft von ihm gar nicht bemerkt werden oder dass denselben doch wenigstens keine weitere Beachtung gezollt wird. Die Ergriffenen ahnen gar nicht, dass sie von dem Symptom einer schweren Krankheit befallen sind. Auch von den oben genannten Fällen kam die Mehrzahl der Patienten nur in Behandlung, um sich von einem äusserlich lästigen Ausschlage befreien zu lassen. Ein Beispiel für die Schmerzlosigkeit tuberöser Hautsyphilide, auch wenn sie noch so grosse Partieen der Körperoberfläche einnehmen, entnehme ich noch den Aufzeichnungen der Poliklinik. Es ist dies ein Fall, wo, wie der Wachsabdruck zeigt, der ganze Thorax von einem halb quadratmetergrossen tuberösen Syphilide eingenommen war. Die Patientin, Besitzerin eines Caroussels, die von Markt zu Markte zog, hatte dieses Hautleiden in allmählichem Wachstum seit etwa fünfzehn Jahren mit sich herumgetragen, ohne dabei im geringsten in ihrem Gesundheitsgefühle oder in ihrem Geschäftsbetriebe gestört zu werden, hatte deshalb auch niemals einen Arzt befragt und bequemte sich nur ungern zu der Jod-Hg-Kur, welche, wie aus dem nach der Genesung abgeformten Wachsbild hervorgeht, das Exanthem zu vollständiger Vernarbung gebracht hat.

Auch zu Verwechslungen mit anderen Hautkrankheiten kann das tuberöse Hautsyphilid durch die grosse Ähnlichkeit mit solchen und die mangelnde

oder unvollständige Anamnese sehr leicht Veranlassung geben, wie dies Fall X, XIV und XVI zeigen. Hier will ich nur noch zweier Fälle aus den poliklinischen Journalen Erwähnung thun: Ein älterer Mann, dessen Photographie und Wachsmaske vor und nach der Behandlung angefertigt wurde, war auf die Diagnose eines auf seiner Nase befindlichen Lupus tuberosus hin einer chirurgischen Operation unterzogen worden. Die Operation blieb aber für die Folge ohne das gewünschte Resultat, denn es zeigten sich bald nach derselben peripher von keloiden, später weissen Narben, neue kirschrote Wucherungen von lappiger Gestalt. Bei näherer Betrachtung derselben musste man trotz der grossen Ähnlichkeit mit Lupus exulcerans bald zu der Überzeugung gelangen, dass es sich um etwas anderes handelte. Es waren weder Lupusknötchen zu finden, noch sprachen der Charakter der Narbe, das vorgerückte Alter und die kräftige Constitution für Lupus. Vielmehr liessen die neugewachsenen Erhabenheiten und ihre Ähnlichkeit mit aneinandergereihten Papeln eher auf Syphilis schliessen.

Die Anamnese des Patienten gab gar keinen Aufschluss. Es wurde nur eine vor dreissig Jahren durchgemachte Gonorrhoe zugegeben. Die Nachkommenschaft ist zahlreich und gesund. Eine Narbe an der üblichen Ausgangsstelle liess sich nicht constatieren. Es ist nicht anzunehmen, dass der Mann irgend etwas verheimlichte; denn sonst hätte er sich wohl kaum einer Operation unterzogen. Er selbst war der Meinung, dass er vom Krebs befallen sei. Gegen diese

Annahme sprach indessen einerseits die geringe Neigung zu geschwürigem Zerfall, der gleichmässig in der eigenen Peripherie fortschreitende Bogenrand der Hauteruption, andererseits die mikroskopische Untersuchung und die Oberflächlichkeit des Processes im Gegensatz zu den tiefgreifenden Zerstörungen von Epithelialcancroiden. Da also inbezug auf Infection oder Früherscheinungen nichts ermittelt werden konnte, war das Leiden nur zu erkennen an dem serpiginösen Charakter der Ausbreitung und der hier etwas verschwommenen Grundform jeder Haut- und Schleimhautsyphilis: der Papel. Nach der eingeleiteten specifischen Behandlung gelangten die Erscheinungen sehr bald zum Verschwinden.

Bei dem zweiten Fall handelt es sich ebenfalls um einen Mann, der mit einem mächtigen tuberösen Hautsyphilid behaftet war, bis dahin aber, allerdings vergeblich, auf Acne behandelt wurde. Auch hier enthielt die Vorgeschichte keine belastenden Momente. Er war seines Wissens niemals geschlechtlich erkrankt und Vater mehrerer Kinder. Die Frau hatte nie abortiert. Wie die Nachbildung zeigt, war die Nase von der specifischen Infiltration ergriffen und zu einem rhinophymaähnlichen, ungestalteten Klumpen verändert worden, welcher ein Convolut von Papeln darstellte, die in keil- und trichterförmige Geschwüre zerfallen waren. Eine Verwechselung mit Acne war insofern leicht möglich, als Acne vorzugsweise an dieser Stelle vorkommt und der specifische Charakter, namentlich die serpiginösen Bogenränder auf dem Boden, den

die Form der Nase bildet, nicht ohne weiteres zu erkennen sind. Wenn man sich jedoch das betreffende Stück Haut auf eine Fläche ausgebreitet vorstellte, sprangen die bogenförmigen Begrenzungen mehr in die Augen und liessen das tuberöse Hautsyphilid sofort erkennen. Es konnte bei dem Patienten nur Jodkalium verordnet werden, da eine durchgreifende Quecksilberkur durch seine Abreise vereitelt wurde. Eine Frau, die sich später mit einem Cancroid der Nase in Behandlung begab und aus demselben Orte stammte, wollte sich auch aus Furcht vor einer Operation durch Medicin heilen lassen wie ihr Landsmann, der nach ihrer Angabe seine normale Nase wieder erlangte; ein Beweis, dass er wirklich Syphilis gehabt hat, trotzdem alle übrigen Anhaltspunkte dafür fehlten.

Schliesslich muss noch bezüglich der Heredität bei tuberösen Hautsyphiliden folgendes erwähnt werden. Da syphilitisch Behaftete gewöhnlich auch syphilitische Früchte erzeugen, pflegt man oft aus dem Vorhandensein gesunder Nachkommenschaft auf Ausschluss der Syphilis bei den Eltern zu erkennen. Ungeachtet dieser Anschauung stehen wir vor der Thatsache, dass ausgedehnte Syphilide der Haut und doch noch von jeder Syphilis intacte Kinder vorhanden sein können. Von den zwölf hier in Frage kommenden Anamnesen — zwei Patienten waren nicht verheirathet und bei drei Frauen fand überhaupt keine Conception statt — sind in vier Fällen gar keine Aborte vorgekommen, sondern gesunde

Kinder geboren worden, welche auch am Leben blieben. In fünf Fällen sind neben Aborten in wechselnder Folge auch von jeder Syphilis freie Kinder geboren worden und nur in drei Fällen fanden ausschliesslich habituelle Aborte statt.

Ein Rückblick auf diese eben angestellte Erörterung und die Erkenntnis, dass der Verlauf der Lues beim tuberösen Hautsyphilid öfters als es sonst zu geschehen pflegt ein atypischer ist, dass also Glieder in der Reihe fehlen, manchmal sich alle unserer Kenntnis entziehen, bis dann schliesslich in ganz unvermittelter Weise als Endergebnis ein tuberöses Hautsyphilid zur Beobachtung gelangt, lässt uns die alten Bezeichnungen „secundär" und „tertiär" als obsolet erscheinen, da, wie wir sehen, die Symptome gewiss nicht aus einander, sondern höchstens zeitlich nach einander folgen, jedes einzelne Symptom also eine directe Nachfolge des ursprünglichen Keimes darstellt.

Ein Rückblick macht uns ferner, wie schon in der Einleitung behauptet worden ist, die Möglichkeit eines Irrtums in der Diagnose der Syphilis sehr erklärlich, da ja die Form des tuberösen Hautsyphilides, wie wir gesehen haben, leicht zu Verwechslungen Veranlassung geben kann. Dennoch aber lässt sich trotz der Verschiedenheit des Auftretens der Erscheinungen bei dieser Form der Syphilis und ihrer Ähnlichkeit mit anderen nicht specifischen Erscheinungen das tuberöse Hautsyphilid selbst meist auf seine Grundform, „die Papel", zurückführen und damit kann auch

bei ungünstigen diagnostischen Verhältnissen der eigentliche Charakter des vorliegenden Leidens erkannt werden. Daher darf man sich bei der Diagnose nicht allzusehr von der Anamnese beeinflussen lassen, sondern muss sich möglichst unabhängig von derselben halten.

Je grössere Bedeutung man der Vorgeschichte beimisst, desto leichter wird sich ein Irrtum einstellen und es ist somit ratsam, sich bei der Beurteilung eines zweifelhaften Falles mehr auf das zu verlassen, was man sieht, als auf das, was der Patient erzählt. Sollte man aber in gewissen Fällen zu keiner bestimmten Diagnose gelangen können, so ist es auch hier wie bei vielen anderen Verhältnissen am Platze, zu differential-diagnostischen Zwecken eine antiluetische Kur einzuleiten. Dieselbe wird bald jeden Zweifel beseitigen, weil fast jede Syphilis auf die specifischen Mittel zurückgeht, dagegen keine andere Krankheitsform annähernd präcise auf dieselbe Behandlung reagiert.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Lassar für die gütige Überlassung des Materials, für die Anregung zu dieser Arbeit und die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung derselben meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Den jeweiligen objectiven Symptomen ist bei der Diagnose Syphilis höherer Wert beizumessen als der Anamnese.

II.

Bei zweifelhaften Fällen von Syphilis ist es am Platze, zur Differentialdiagnose eine antiluetische Kur einzuleiten.

III.

Die alten Ausdrücke „secundär“ und „tertiär“ bei der Bezeichnung der Syphilis müssen als obsolet gelten.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Franz Max Cyprian Schübel, evangelischer Confession, wurde am 10. März 1866 zu Miedar in Oberschlesien als Sohn des verstorbenen Rittergutspächters Robert Schübel geboren. Er erhielt seine wissenschaftliche Vorbildung auf dem Realgymnasium zu Tarnowitz, später Zittau, wo er Ostern 1887 das Zeugnis der Reife erhielt. Vom 1. April 1888 bis 1. April 1889 genügte er seiner einjährigen Militärpflicht im 1. Posenschen Infanterie-Regiment No. 18. Er wandte sich nun dem Studium der Medicin zu, sowie dem Studium der alten Sprachen und der alten Geschichte. Er studierte an den Universitäten zu Breslau, Würzburg, Berlin und Leipzig. Zu Michaelis 1890 bestand er sein Ergänzungsexamen als Extraneus auf dem humanistischen Gymnasium zu Dresden-Neustadt, im Sommer 1891 sein medicinisches Vorexamen in Würzburg, am 22. Juli 1893 sein Tentamen medicum in Berlin und am 23. Juli 1893 sein Examen rigorosum in Berlin, am 14. Juli 1894 sein medicinisches Staatsexamen in Leipzig.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

Baginsky, v. Bardeleben, v. Bergmann, Birch-Hirschfeld, Fasbender, Fick, Fischer, Gerhardt, Gusserow, Hasse, Heidenheim, Heubner, Ilberg, Klemperer, v. Kölliker, Kurschmann, Lassar, Lewin, Olshausen, v. Roux, v. Sachs, Sattler, Schlange, Schwarz, Semper, Senator.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser hiermit seinen ehrerbietigen Dank aus.